

**OFERTA
NA UDZIELANIE SPECJALISTYCZNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

1. Dane oferenta

A. Podmiot leczniczy

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego:.....

.....

Nr wpisu do rejestru zoznr KRS.....

Pełnomocnik

kontakt

B. Oferta indywidualna – praktyka zawodowa

Imię i nazwisko:

e-mail.....tel

adres: kod.....miejsowość.....

ulica.....nr.....

PESEL NIP REGON.....

Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Nr indywidualnej praktyki lekarskiej

Specjalizacja (*nazwa , stopień i data uzyskania*)

2. Zakres świadczeń

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- zabezpieczania medycznego w oddziale rehabilitacyjnym w godzinach: od 7.25 do 15.00 – opieka dzienna od poniedziałku do piątku
- zabezpieczania medycznego w oddziale/ośrodku rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej w godzinach funkcjonowania oddziału 7.25 do 18.00 – od poniedziałku do piątku
- dyżury medyczne pod telefonem w dni wolne od pracy od godz. 7.25 do godz. 7.25 dnia następnego
- dyżury medyczne pod telefonem w godzinach od 15.00 do 7.25 dnia następnego od poniedziałku do piątku

w Centrum Rehabilitacji im. Prof. Mieczysława Walczaka w Osiecznej, w ramach umowy kontraktowej lub na warunkach umowy zlecenia.

Deklaruję gotowość świadczenia usług opieki dziennej w oddziale rehabilitacyjnym w wymiarze godzin w tygodniu, wg miesięcznego harmonogramu ustalanego z kierownikiem oddziału.

Deklaruję gotowość świadczenia usług w oddziale/ośrodku rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej w wymiarze godzin w tygodniu, wg miesięcznego harmonogramu ustalanego z kierownikiem oddziału.

3. Oferta cenowa

Za realizację powyższych czynności oczekuję należności w wysokości:

- zł (brutto) za godzinę świadczenia usługi opieka dzienna w oddziale rehabilitacyjnym od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.25 do 15.00
- zł (brutto) za godzinę świadczenia usługi w oddziale/ośrodku rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej w godzinach w godzinach funkcjonowania oddziału 7.25 do 18.00 – od poniedziałku do piątku
- zł (brutto) dyżury medyczne pod telefonem w dni wolne od pracy w godzinach 7.25 do 7.25 dnia następnego
- zł (brutto) dyżury medyczne pod telefonem od poniedziałku do piątku w godzinach 15.00 do 7.25 dnia następnego;
- zł (brutto) za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych na wezwanie w trakcie trwania dyżuru medycznego pod telefonem ;

4. Termin świadczenia usług

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

od dnia do dnia.....

5. Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

Osieczna, dnia.....

.....
podpis oferenta

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY*:

- 1/ wpis do rejestru zoz
- 2/ wypis z KRS
- 3/ wpis do rejestru prywatnych praktyk lekarskich
- 4/ wpis do ewidencji działalności gospodarczej
- 5/ nadanie numeru REGON
- 6/ nadanie numeru NIP
- 7/ dyplom lekarza
- 8/ prawo wykonywania zawodu
- 9/ dyplomy specjalizacji lub opinia kierownika specjalizacji jeśli oferent jest w trakcie specjalizacji
- 10/ oświadczenie o niekaralności
- 11/ polisa ubezpieczeniowa oc

} dotyczy podmiotów leczniczych

* *niepotrzebne skreślić*